

НАПРАВЛЕНИЯ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

М.А. СТЕПЧУК
Т.М. ПИНКУС
Е.М. ГОСПОДЫНЬКО

Медицинский информационно-аналитический центр

e-mail: m.stepchuk@km.ru

В статье авторы осветили направления дальнейшего развития первичной медико-санитарной помощи и в первую очередь участковой службы. Показали необходимость перехода на три уровня её оказания: оздоровительно-профилактический (первичная); парагоспитальный (патронажная) и госпитальный. При этом активизируется профилактическая работа участковой службы, развивается патронажная работа и предусматривается повышение квалификации и рациональное использование в этой работе фельдшеров, участковых и патронажных медицинских сестёр.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь.

Приоритетным направлением реализации программы модернизации здравоохранения Белгородской области является развитие участковой службы, как основного элемента предоставления ПМСП населению. Ориентация здравоохранения в предыдущие годы на развитие стационарной медицинской помощи привела к недофинансированию ПМСП, недостаточной обеспеченности участковыми врачами, низкой оснащённости поликлиник диагностическим оборудованием, не позволяющей оказывать качественную медицинскую помощь. В результате рост хронических и запущенных заболеваний, что приводит к высокому уровню госпитализации, вызовов скорой медицинской помощи и смертности населения.

В связи с этим в области к приоритетному направлению реализации национального проекта «Здоровье» отнесли развитие ПМСП, в соответствии с которым разработаны и проводятся мероприятия по всем направлениям проекта. В 2008-2009 годах добавлены мероприятия, направленные на снижение смертности населения от управляемых причин и сохранение трудоспособного населения области. Эти меры призваны повлиять на своевременное выявление и предупреждение многих заболеваний, продление активной жизни.

Одним из приоритетных направлений дальнейшего совершенствования ПМСП является её развитие по принципу ОВП и в первую очередь в сельской местности. Этим предполагается увеличить доступность медицинской помощи, значительно повысить качество её оказания. (Хотя ВОЗ в резолюции №3230 признала, что организация ПМСП и институт участкового врача-терапевта советского здравоохранения более прогрессивные, эффективные и экономичны, чем организация медицинской помощи по принципу «семейного врача»). Однако участковый терапевт по-прежнему является ключевым звеном оказания ПМСП. Число ВОП в Белгородской области составляет 28,1% от числа врачей первичного звена здравоохранения и 4,8% от числа всех врачей (РФ – всего 8,5% и менее 1%, соответственно). По состоянию на 01.01.2011 г. в области работало 262 ВОП. Большинство врачей первичного звена в области – женщины, но среди ВОП мужчин больше (29,4%), чем среди других категорий участковых врачей (около 10%). Обращает на себя внимание тот факт, что 27,5% ВОП – это люди пенсионного возраста, моложе 30 лет – только 3,3% (таблица). С 2005 по 2010 год было подготовлено 364 ВОП. По состоянию на 1 января 2011 г. 102 (28,0%) ВОП не работают по специальности (руководители учреждений, заведующие отделениями, участковые терапевты и педиатры, врачи СМП, и др.), 16 – находятся в декретном отпуске.

Сравнительный анализ работы ВОП в сельской местности и городской поликлинике показал, что ВОП в городской поликлинике взрослых больных по разрешённым специальностям детей не принимает, у них значительно ниже основные показатели работы. Кроме того, для работы ВОП создаются лучшие условия, чем в участкового терапевта и педиатра. Это подтверждает рациональность дальнейшего развития ОВП в сельской местности.



Таблица

Распределение ВОП по возрасту и полу

Возраст	Всего, абс. / в %	В т.ч.: мужчины	женщины
Всего ВОП	262	77	185
В т.ч.: пенсион-й возраст	72 / 27,5	39	33
до 30 лет	9 / 3,4	-	9

С целью дальнейшего развития ПМСП необходимо приводить к стандарту и оснащать современным оборудованием рабочие и места участковых терапевтов, педиатров, при том в первую очередь в сельской местности. Чтобы население имело возможность обследоваться, лечиться и восстанавливать здоровье в своем сельском учреждении здравоохранения. А с целью дальнейшего повышения доступности и КМП необходимо проводить дальнейшее разукрупнение участков и 100% укомплектование их квалифицированными врачами.

В рамках доступности и качества ПМСП предлагается переход на три уровня её оказания: оздоровительно-профилактическая (первичная); парагоспитальная (патронажная) и госпитальная помощь. В этой модели ПМСП будет включать в себя три этапа: первичную медицинскую, доврачебную и первую врачебную помощь. Поэтому уже сегодня необходимо создать условия для профилактического обслуживания преимущественно здоровых людей, а так же лиц с хроническими заболеваниями вне стадии обострения. В этой связи участковая служба должна проводить: активную пропаганду здорового образа жизни, консультировать по всем вопросам, связанным с проблемами здоровья членов семьи; диспансерное наблюдение за лицами, относящимися к «группам риска» с учётом скрининговых обследований и хроническими больными; лечение легких заболеваний и функциональных расстройств, лёгких обострений хронических заболеваний у пациентов, не требующих постоянного патронажа. Таким образом, основой работой участкового терапевта, педиатра и ВОП должна стать профилактическая, а не лечебная работа.

В области практически отсутствует патронажная служба. Патронаж детей до года жизни организован несколько лучше, посещение детей других возрастов – в основном за счёт пассивных вызовов и посещений по поводу организации прививочной работы (прививки – один из основных критериев оценки работы педиатрической службы). Патронаж взрослого населения осуществляется участковой службой спорадически и в небольших объёмах. По мнению авторов, патронажная медицинская помощь должна включать: временное медицинское обслуживание впервые заболевших, оказание помощи при неотложных состояниях, обслуживание больных, имеющих хроническое заболевание в стадии обострения. Она должна предусматривать: разовый патронаж и оказание неотложной помощи; краткосрочную госпитализацию пациентов в стационар интенсивного лечения; регулярный патронаж в условиях «стационар на дому». При этом патронажные бригады должны быть оснащены мобильным диагностическим оборудованием, необходимыми лекарственными препаратами, операционным инструментарием и перевязочным материалом. Это позволит переводить стационарных больных на долечивание в «стационар на дому» и осуществлять все необходимые процедуры медицинскими работниками патронажной службы и снизить объём дорогостоящей стационарной помощи.

Одним из важных вопросов развития ПМСП является повышение квалификации и рациональное использование фельдшеров, участковых и патронажных медицинских сестёр. Пропаганда здорового образа жизни на участке, активное выявление лиц с факторами риска, постоянное наблюдение за хроническими больными, в том числе с нестабильным течением заболевания, обучение пациентов самоконтролю за своим состоянием и в школе здоровья, проведение прививок – все это входит в обязанности средних медицинских работников участковой службы, должно выполняться и стимулироваться доплатами за достигнутые результаты. Они могут и должны развивать положительную мотивацию населения на здоровый образ жизни и прививать навыки сохранения и укрепления здоровья. Профилактическая

работа должна сосредоточиться на патологии, вызывающей наибольшие социально-экономические потери в области. К ним можно отнести сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, ИБС, атеросклероз), диабет II типа, онкологические болезни, дегенеративные заболевания позвоночника, крупных суставов и др. Возродить работу кабинетов доврачебной медицинской помощи. Привести в соответствие стандарту оснащение отделений (кабинетов) по восстановительному лечению и реабилитации, укомплектовать их подготовленными специалистами реабилитационной службы с целью удовлетворения населения квалифицированным восстановительным лечением и реабилитацией.

Таким образом, для дальнейшего развития ПМСП в первую очередь в сельской местности, необходимо определить реальную потребность в создании центров ОВП и ВОП в разных районах области в зависимости от численности сельского населения и отдалённости поселений от ЦРБ. Повысить качество учёбы ВОП, участковых терапевтов и педиатров, средних медицинских работников первичного звена с целью приобретения не только теоретических знаний, но и практических навыков в соответствии с новыми задачами. Оказание амбулаторной помощи и её оплату осуществлять в соответствии МЭС по законченному случаю. Также по законченному случаю вести учёт работы врачей первичного звена. Перейти на одноканальное финансирование медицинской помощи на основе подушевого финансирования за прикрепленное население по принципу частичного фондодержания с оплатой по всем статьям расходов ЛПУ и стимулированием работы ВОП, участковых врачей и средних медицинских работников за качественные показатели работы и улучшение здоровья прикреплённого населения. Система фондодержания должна стимулировать врачей поликлиники на предоставление услуг, которые в настоящее время оказываются в других учреждениях, прежде всего в стационарах. На этой основе можно значительно сократить объем необоснованных обследований, госпитализаций, вызовов скорой медицинской помощи и др. Необходимо обеспечить активное и рациональное использование фельдшеров, участковых и патронажных медицинских сестёр для оказания качественной доврачебной помощи, профилактической и патронажной работы на участке. С целью снижения нагрузки на участковых врачей и врачей-специалистов возродить работу кабинетов доврачебной медицинской помощи. Привести в соответствие стандарту оснащение отделений (кабинетов) по восстановительному лечению и реабилитации, укомплектовать их подготовленными специалистами реабилитационной службы с целью удовлетворения населения квалифицированным восстановительным лечением и реабилитацией.

От реализации данных мероприятий по развитию ПМСП в регионе мы ожидаем в перспективе: снижение показателей общей смертности и инвалидности населения области за счёт повышения доступности и качества медицинской помощи; улучшение качества жизни больных; удовлетворение потребности населения в бесплатной и качественной медицинской помощи в рамках муниципальных заданий; внедрение эффективных медицинских технологий и приближение здравоохранения региона к современным стандартам оказания медицинской помощи населению; снижение экономических потерь за счёт восстановления трудовых ресурсов, уменьшения финансовых затрат на выплаты пенсий по инвалидности и пособий по временной нетрудоспособности.

Литература

1. Комаров, Ю.М. Первичная медико-санитарная помощь, какой она должна быть? / Ю.М. Комаров // Здравоохранение. — 2008. № 5. — С. 19-28.
2. Лазаренко, А.И. Врачи общей практики в системе первичной медицинской помощи Франции / А.И. Лазаренко, Н.М. Заика // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2008. — № 2. — С. 53-55.
3. Лычев, В.Г. Контроль деятельности участкового врача-терапевта — путь повышения эффективности первичной медико-санитарной помощи / В.Г. Лычев, Т.Г. Карманова // Здравоохранение Рос. Федерации. 2008. — № 5. — С. 17-20.
4. Матвеев, Э.Н. Предпосылки и пути комплексной реструктуризации сети учреждений здравоохранения на региональном уровне / Э.Н. Матвеев, С.А. Леонов, И.М. Сон // Социал. аспекты здоровья населения. — 2008. — № 1. — С.34-38.



5. Овчаров, В.К. Количественная оценка влияния амбулаторно-поликлинической службы на уровень смертности /В.К. Овчаров, Е.П. Кокорина, А.Г. Роговина// Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2005. – № 5. – С. 6-10.

6. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Женева: ВОЗ, 2008.

7. Степчук, М.А. Оценка доступности медицинской помощи на разных уровнях её оказания / Т.М. Пинкус, С.В. Абрамова, Д.П.Боженко // Научные ведомости БелГУ. Серия Медицина. Фармация. – 2011. – № 16 (111), Выпуск 16. – С.182-189.

THE FUTURE DIRECTION OF PRIMARY HEALTH CARE

M.A. STEPCHUK
T.M. PINKUS
E.M. GOSPODYNKO

*Medical information-analytical
center, Belgorod*

e-mail: m.stepchuk@km.ru

In the article, the authors highlighted areas of further development of primary health care in the first place by out-patient service. Necessity of three levels of health care service was showed: a health-preventive (primary); parahospital (patronage) and the hospital. These measures activate the preventive work of the district service, develop and provide of patronage skills rational use in this work of medical assistants, district and patronage nurses.

Key words: primary health care.